

令和7年度 老人保健施設たき 事業計画

1. 事業の目的

老人保健施設たきは、介護保険法令の主旨に沿って、要介護状態と認定された入所者に対し、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように、医学的管理の下に看護、介護及び機能訓練その他必要な医療並びに、日常生活上の介護を行い居宅への生活復帰を支援することを目的とする。

2. 運営の方針

- (1) 入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立ってサービスの提供に努める。
- (2) 介護老人保健施設が地域の中核施設となるべく、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス提供者及び関係市町村と連携を図り、入所者が地域において統合的なサービス提供を受けることができるようにする。
- (3) 明るく家庭的雰囲気に努め、入所者が「にこやか」で「個性豊かに」過ごすことができるようサービス提供する。
- (4) サービス提供に当たっては、懇切丁寧を旨とし、入所者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行い、入所者の同意を得て実施する。

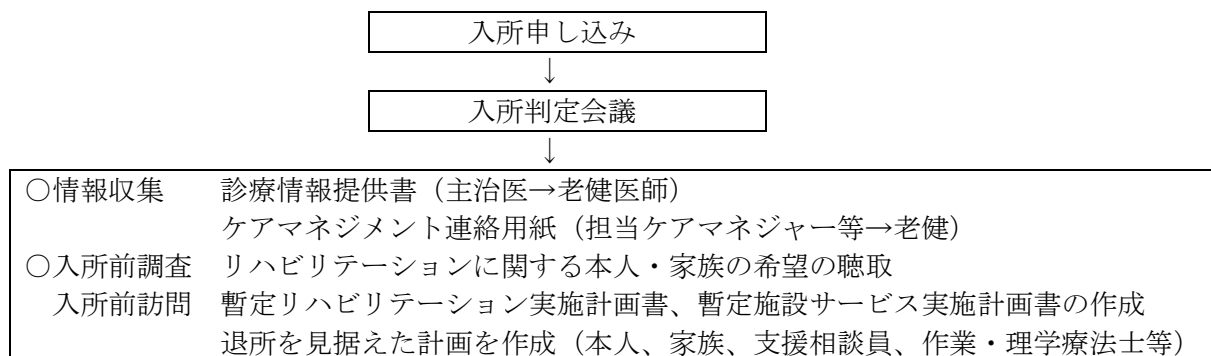
3. 重点目標

- (1) 老人保健施設の特長である、多職種（医師、看護職員、介護職員、作業療法士、理学療法士、管理栄養士、支援相談員、事務職等）からなる「チームケア」による連携と協働に努め、利用者の意思を尊重し在宅生活や施設生活が過ごせるよう支援する。
- (2) 利用者の体力や基本動作能力、生活機能向上を目的に集中的な維持期リハビリテーションを提供し、また家屋環境の調整等を行い早期の在宅復帰に努める。
- (3) 国も推進しているロボット技術を応用した介護機器等（介護テクノロジー・ICT等）の導入を検討し、業務改善や効率化等を進め業務負担軽減やサービスの質向上に努めていく。
また、同様にノーリフティングケアの取り組みも推進していく。
- (4) 地域包括ケアシステム（要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい生活を最期まで送れるように地域内で助け合う体制）の拠点となるために、医療機関、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所等との連携強化を図り、在宅支援・在宅復帰のための施設を目指す。

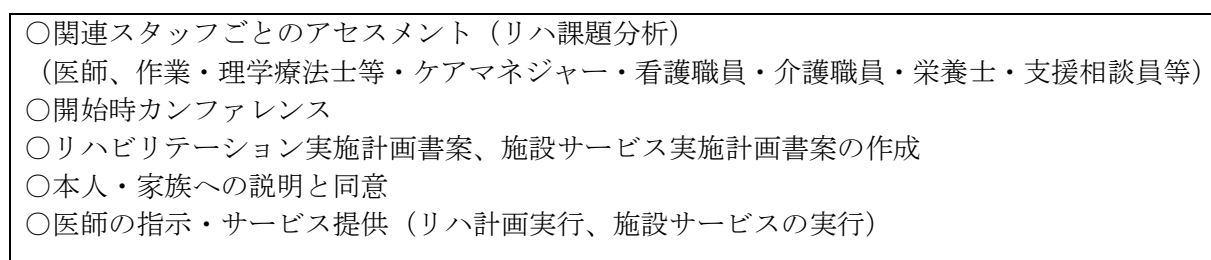
また、協力医療機関との連携を密にし及び新型コロナウイルス感染症等の感染予防対策の指導等を受け、業務継続計画（BCP）の見直しを適宜行う。

4. 入所者援助の展開過程（リハビリ・ケアの流れ）

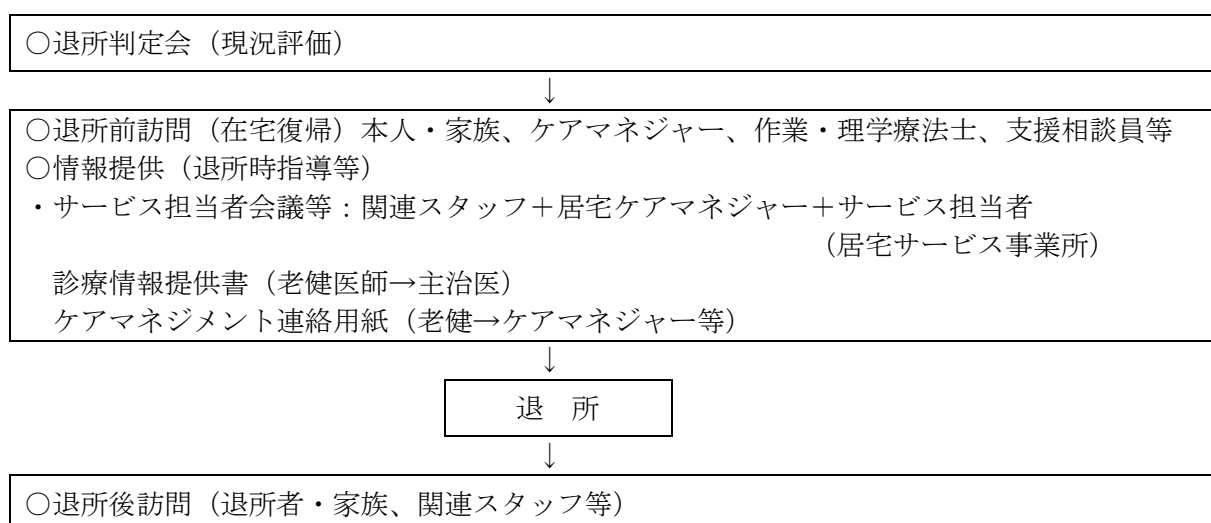
入 所 前



入 所 時



退 所 時



5. 基本的生活の援助

(1) 食事・水分補給に関するケア

医師、栄養士、看護職員、介護支援専門員その他の職種の者が共同して、利用者毎に栄養補給・栄養食事相談・解決すべき事項に対して栄養計画を作成実施する。

また、摂食嚥下機能に対する直接的訓練、間接的訓練をはじめ、テーブルの高さ、椅子・車椅子上での座位姿勢、食器やテーブルに着くまでの導線、食堂の雰囲気作りなど、食事環境の整備を実施する。

献立・調理
主菜、副菜は外部委託の管理栄養士によるメニュープランニング（季節の行事食含む）。 主食と汁物は（管理）栄養士が献立し、調理員が調理する。利用者の嗜好要望を反映させ、毎日の食生活が楽しいものとなるよう努める。 おやつに関しては、担当職員が計画し準備する。 行事食等で献立に変化をもたせ、家庭的な雰囲気の中で食事をして貰う。
配膳
主菜・副菜は真空調理食材を厨房にてリヒートシステム（再加熱方式）により提供する。 配膳時間：朝食 午前 7時45分～・昼食 午前11時45分～・夕食 午後 6時00分～
摂食介助
寝食分離を基本とし離床を介助する。 適宜、動作訓練を実施し、また自助具の工夫等をして自力摂取の向上を図り、状況に応じた職員配置をする。
摂取状況の把握
毎食各人の摂取量を確認し健康状態の指標とする。提供食以外の摂取量も観察し指導を行う。
衛生管理
食前後のテーブル拭き、食後の清掃、利用者及び介助職員の手洗い消毒を徹底する。 食品、食器の衛生管理を行う（大量調理施設衛生管理マニュアルに準ずる）。
口腔ケア
毎食後、歯ブラシ等の物品を準備して介助及び指導を行う。 義歯に関しては、洗浄を徹底するために就寝前に預かり消毒管理する。 月に1回、口腔内アセスメントを行う。
口腔リハビリ
昼食前に実施して、嚥下機能の維持改善に努める。利用者個々の状態に応じて個別リハビリテーションを実施する。

(2) 排泄に関するケア

利用者の訴えに迅速に対応する姿勢を基本として、日中、夜間の排泄場所、排泄方法、それに伴う異動、移乗、着脱衣の方法などスタッフ間で十分に検討する。失禁のあるケースでは失禁のタイプを把握し、環境整備や骨盤底筋訓練などの対象となる者は実施する。

状態把握
尿便意及び排泄パターン動作観察を行い、家庭復帰後の状況及び意向を考慮した個々の施設サービス計画を作成する。
排泄介助
利用者個々の施設サービス計画に沿って行う。排泄マニュアルに沿って適切で確実な介助を行う。
排泄状況の把握
排泄記録を用いて体調をチェックし、良好な排泄習慣ができるよう調整する。
衛生管理
器具の消毒を徹底し、速やかに汚物を処理する。 導尿時の清潔操作を遵守する。

(3) 入浴・清拭等に関するケア

清潔保持と身体状態の確認（褥瘡、感染予防）、異常の早期発見に努める。

入浴
利用者全体を4グループに分けて週2回実施する。（水曜日は入浴無し）

入浴日以外は陰部清拭を実施する。

入浴マニュアルにそって適切で安全な介助を行い、コミュニケーションをはかる。

(4) 洗面、整容及び理美容、更衣に関するケア

洗面

日常生活動作能力にあわせ、洗面所の使用が困難な場合は、清拭タオルの配布及び介助をする。

整容及び理美容

整髪、爪切り、髭剃り、耳垢除去等は日常活動時、主に入浴後を利用し介助していく。

理美容は、専門の業者（移動理美容車）に委託して、月2回実施する。

(5) 環境整備に関するケア

清潔保持、安全確保のため常に環境整備に努めていく。

居住空間においては、プライバシーの尊重を念頭に置き対処する。

施設特有の臭気を排除するよう努め、利用者及び面会者等外来者にとっても良い環境を提供する。

整備活動

衣類ほか私物は家族と担当職員が連携をとり、自主的な整理整頓の援助を行う。

ベッド上、床頭台上の整理、清拭、ごみ捨ては毎日職員が実施する。

居室及びホールフロア、トイレ、洗面所、浴室清掃は毎日委託業者が行う。

シーツ交換は、原則週1回とするが必要に応じて随時行う。

室内装飾

出来る限り個人の自由あるいは季節感、豊かさを取り入れられるよう工夫する。

(6) リハビリテーションに関するケア

方針

利用者の心身の諸機能等評価を行い、利用者、家族の意志を尊重し、「心身機能」「活動」「参加」の要素にバランス良く働きかける効果的なリハビリテーションを提供する。

目的

在宅復帰を主目的とし、心身機能等の状態に応じて利用者個人の能力を高めると共に、利用者の社会的な環境を整え生活の質の向上を図る。必要に応じて利用者の自宅を訪問し住宅改修等の助言指導を行う。生活の場での安全で動きやすい動作の確保と共に、家庭での介護負担軽減を図る。

計画

リハビリテーション実施計画書については、理学療法士及び作業療法士がADL（日常生活動作）、関節可動域、筋力等の評価を行い他職種共同で作成する。

実施方法

理学療法士及び作業療法士による徒手の又リハビリ用機器等を使用したリハビリテーションを行い、その日の担当職員によりリハビリプログラムを実施する。施設サービス計画やリハビリテーション実施計画を日常生活の中で実施する。

記録・評価

個別リハビリテーション実施計画書、リハビリテーション経過記録及び看介護記録を用いて、その都度、記録、評価、対策方法の検討等行いながら展開する。施設内の介護支援専門員がケアカンファレンスを開催し、施設サービス計画の策定と見直し介護方法の統一を図っていく。

長谷川式認知症スケール、MMSE 評価等の実施、歩行機能評価等行う。

(7) 医療、健康に関するケア

方針

常に利用者の一般状態の把握に努め、健康維持、異常の早期発見、適切な生活指導（家族を含め）を行っていく。利用者及び職員の健康管理を行い、疾病予防、感染防止に努める。

健康チェック

- ① 入所前：近血液検査データ等の依頼。入所時：身長/体重測定、バイタル測定、血液検査
- ② バイタル測定：定期的に実施。状態不安定な方に対しては状態に応じて適宜実施

③体重測定：月1回。状態により適宜実施 ④回診：毎日数名ずつ医師による回診の実施。その他適宜診察実施。服薬調整 ⑤血液検査：療養食提供者・栄養サポート中の利用者の定期的な血液検査の実施 ⑥毎日の健康観察、検温実施 ⑦体調不良者への対応：状態変化・緊急時にはその都度医師による診察治療の提供
施設内処置 ①創傷処置、②吸入、③吸引、④血糖検査、⑤スキンケア、⑥フットケア、⑦点滴等：補液目的または急性循環不全時適時実施・（尿路感染症・带状疱疹・蜂窩織炎）に対しての処置の実施、⑧酸素吸入、⑨ターミナルケア：ターミナルケアマニュアルに添ったケアの提供
緊急時対応 ①急変時対応マニュアルに添った対応を実施。協力病院（島根県立中央病院・島根大学附属病院・出雲市民病院・大田市立病院） ②夜間看護体制の実施：24時間連絡体制の実施（オンコール体制）
感染症予防 入所前の調査で感染症の有無の確認を行う。 感染症対策は、医師・看介護職員、支援相談員及び栄養士等で構成する感染症対策委員会が主導し、感染症の予防対策に努める。利用者、外来者等に対しても感染症対策予防を告知する。職員を対象とする研修会を実施して知識習得に努める。4回/年。実技指導・訓練。 インフルエンザ予防接種及び新型コロナウイルス感染症予防接種等を、利用者及び家族並びに施設職員にも接種するように働きかけることにより施設全体での感染予防を図る。 感染症対策（感染がもし確認されたら・・・） 感染症対策マニュアル及び新型コロナウイルス感染症における業務継続計画に沿って、速やかに適切に対応する。
保健指導及び援助 利用者個々に実施し、必要時家族の協力が得られるよう面談、説明を行う。 身体の機能維持、合併症予防のため積極的に離床を促す。 老齢、障害等に応じた精神的援助に努める。

（８）ターミナルケア

方針 入所者が人生の終末期になっても安楽でいられ、人間としての尊厳と本人の意思を尊重したその人らしい生き方をするための支援を行う。また、環境を整え家族を含めた看取りができるようにする。
実施方法 医師が医学的知見に基づき、回復の見込みは無いと診断している場合に、入所者や家族の同意を得て、ターミナルケア計画を作成し実施する。また入所者や家族の求めに応じて医師、看護職員が状況の説明を行う。

（９）レクリエーション・行事

方針 ・利用者の自主性を尊重し、可能な限り希望に沿った活動が安全に展開できるよう援助する。 ・楽しい、満足、生きがいをもっととし利用者が楽しめて、やり易い活動を行う。 ・施設内の生活を潤いあるものとし、家庭、社会で味わうことができる雰囲気、季節等が感じられるものを実施する。 ・入所中の楽しい思い出となるもの、またリハビリテーションの視点を考慮し、レクリエーション系の企画によって行う集団レクリエーションを実施する。
実施方法 担当者が計画に沿って利用者個々の趣向、レベルに沿ったレクリエーションを企画実施する。参加率、反応や反省を記録し、企画の参考や個人評価に利用する。 クラブ活動や行事（お茶会、花見等）を実施する。 オンラインで映像鑑賞等、出来るものはないか検討する。

主な行事とレクリエーション

実施月	内 容	ボランティア
毎日	集団レクリエーション（４日／週）	無
毎月	散歩（随時）	無
	誕生日会（毎月）・喫茶の会（４ヶ月毎）	無
４月	お茶会、花見会	無
５月	美味しい物会（利用者の嗜好に沿って行うクッキング）	
６月	美味しい物会	
７月	七夕会	無
８月	納涼会	無
９月	敬老会（食事会）	無
１０月	美味しい物会（利用者の嗜好に沿って行うクッキング）	無
１１月	正月飾り作り	
１２月	忘年会	無
１月		無
２月	節分	無
３月	雛祭り会	無
随時	利用者による音楽会、ボランティアによる演芸	有

６．委員会活動

委員会の担当分野について専門的に研究し、目標を立てて活動する。

（１）施設内委員会等組織

委 員 会 名	回数	内 容	目 標
リスクマネジメント委員会 （個人情報保護推進委員会）	１回／ ２ヶ月 （都度）	ニアミス報告書、ヒヤリハット報告書、事故報告書を基に原因分析を行い事故防止に努める	利用者把握を行うことでリスク回避に努める
感染症対策委員会	１回／ 毎月	利用者及び職員の疾病予防、感染予防に努める。年２回勉強会実施	予防対策をこまめに行い職員への教育周知を図る
栄養ケアマネジメント委員会 （褥創対策委員会）（口腔衛生）	１回／ 毎月	栄養サポート対象者の検討、選出	食事に対するアセスメントを行い利用者が健康に生活できることを目指す
身体拘束適正化検討委員会 虐待防止委員会	１回／ ２ヶ月	身体拘束廃止に向けての取り組み。勉強会の実施	行動障害への対応を行い環境を整えることで身体拘束を行わないようにする
生産性向上委員会（ノーリフティングケアの推進）	適宜	ロボット技術を応用した介護機器等（介護テクノロジー・ICT等）の導入を検討	業務改善や効率化等を進め業務負担軽減やサービスの質向上に努めていく
接遇教育委員会	１回／ 毎月	介護技術・ターミナルケア・高齢者虐待・接遇・認知症・リハビリテーション・口腔ケア等の研修を実施	施設内・外研修を積極的に行い職員のスキルアップを図る
業務改善委員会	（都度）	業務改善の検討	都度改善を行い職員が動きやすい環境を整える
食事配膳（改善）委員会	（都度）	季節を感じた食事やおやつ、クッキングの実施。個人のニーズに合った食事や量を提供する。	食べる楽しみを持つことで季節感を感じ生活に潤いが持てるようにする
行事委員会 レクリエーション委員会	１回／２ヶ月 毎日のレク	楽しんで頂く行事、地域交流等を検討	（前ページのとおりに）

7. 家族及び地域社会との連携

- (1) 利用者の精神的安定と老健の在宅復帰、在宅ケア支援機能を強化するため、家族や地域と連携し、理解と協力が得られるよう務める。個々のニーズに沿うサービスを行うため施設サービス計画書、リハビリテーション実施計画書を作成した際には、利用者及び家族の意向を確認し、説明内容の同意を得て実施する。身体拘束については原則禁止として身体拘束禁止への取り組みへの理解と協力を利用者、家族に得ることに努める。
- (2) 利用者や家族の意見要望や苦情を吸上げるため、「意見箱」を設置し、家族会の開催、利用者及び家族アンケートを実施する。意見要望や苦情に適切に対応するため、苦情受付窓口として支援相談員を置き、施設長を苦情解決責任者とする。第三者委員を選任して公平で誠意ある対応を講じるよう努める。
- (3) 利用者の在宅復帰や在宅生活継続のため、関連機関との連携を図り、適切なサービスの提供を支援する。
- (4) 地域、ボランティア、他機関、団体との交流を深めることによって、相互協力信頼関係を構築し地域包括ケア施設を目指す。

8. 研修

職員の資質、意欲の向上を図るため、社内研修を計画開催する。また外部研修に積極的に参加する。なお、介護福祉士等の資格を持たない職員には、認知症介護基礎研修を受講させる。また、オンライン研修（動画配信サービス）を活用し、専門的知識の習得を図る。

初任者研修

初任者研修を実施する。オンライン研修を活用し専門的知識の習得を図る。初任者個々による自己評価及び指導者評価を行う事により基礎的な知識や技術の習得を徹底する。

施設内研修

施設内研修を月 1 回程度実施し、専門的な知識、技術の習得を図る。また、外部研修参加後に報告書を作成し職員に伝達研修をする。

施設外研修

関係諸団体の主催する各種の研修に参加して、専門的な知識・技術の習得を図る。
老人保健施設大会等で研究発表を行い職員の資質、意欲の向上を図る。

9. 緊急時における対応

サービス提供中に事故、利用者の症状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに利用者の家族へ連絡をとると共に必要な措置を講じる。

10. 非常災害対策

防災計画に基づき、入居者の安全確保のため災害予防に努めると共に、職員の防災意識の啓発に努め、防災安全対策を講ずる。また、近年の自然災害等への対策として、非常災害対策計画・事業継続計画（BCP）の見直し、地域及び行政との連携強化を図っていく。

火災予防

防火管理者・火元責任者を置き、火気の点検管理を行う。
消防用設備、消火器具の取扱いの周知徹底を図る。
消防用設備の定期点検（2回／年）、電気設備の点検（1回／2カ月。また24時間絶縁監視装置設置）を行い、防災に努める。

自衛消防訓練

消防機関の協力のもと、初期消火・通報・避難誘導を一連とした訓練を年2回以上実施する。
（その内1回は夜間想定訓練）

天災対策

天災に備え非常用食料などの必要物品、安全な避難場所を確保する。
豪雨災害、地震・津波災害等を想定した避難訓練を、年1回以上実施する。

防災会議

施設の防災上の体制の強化を図るため年2回以上実施する。
また、事業継続計画（BCP）に沿った訓練を年1回以上実施する。

令和7年度 通所リハビリテーション事業計画

1. 事業の目的

通所リハビリテーション（介護予防含む）は、要介護及び要支援と認定された利用者（以下「利用者」という）に対し、介護保険法令の趣旨に従って、通所リハビリテーション（介護予防）計画を基に利用者の心身の機能の維持回復及び改善、環境調整等を通じて自立を支援し、生活の質の向上を図ることを目的とする。

2. 運営の方針

通所リハビリテーション（介護予防）計画に基づいて、理学療法、作業療法及び言語療法その他必要なリハビリテーションを行い、利用者の心身の機能の維持回復及び改善を図る。

また、利用者の意欲を高めるような働きかけや自立の可能性を最大限に引き出す支援を行い利用者が、1日でも長く居宅での生活を維持できるように在宅支援に努める。

3. 重点目標

- (1) 筋力向上マシン等を活用して、理学療法士・作業療法士が短期に集中的なリハビリテーションを行い、転倒骨折・関節疾患の予防及び体力・筋力の機能維持・改善・回復・強化を図る。
- (2) 老人保健施設の強みである、多職種（医師、看護職員、介護職員、作業療法士、理学療法士、管理栄養士、支援相談員、事務職等）が共通認識を持って「チームケア」で、利用者を支援する。
- (3) 地域の医療機関、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所等との連携を図り、利用者の在宅生活を協働し支援する。また、家族の介護負担の軽減に努める。
- (4) 利用者の居心地の良い場所となるように支援し、利用者や家族と信頼関係を築けるよう努める。

4. 利用者援助の展開過程（リハビリテーションマネジメントの流れ）

提 供 前

- 情報収集 ・ サービス担当者会議
- 診療情報提供書（主治医→通所リハ事業所）
- ケアマネジメント連絡用紙（担当ケアマネジャー等→通所リハ事業所）
- ・ リハビリテーションに関する本人・家族の希望の聴取

提 供 時

↓

- 関連スタッフごとのアセスメント（評価）
（医師、理学療法士等・看護職員・介護職員・栄養士・支援相談員・ケアマネジャー）

↓

- 開始時リハビリテーションカンファレンス
- リハビリテーション実施計画書の作成
- 医師の指示・サービス提供

↓2週間以内

- 関連スタッフによるアセスメント（評価）
- リハビリテーションカンファレンス：関連スタッフ・本人・家族
- リハビリテーション実施計画書作成

↓

- 本人・家族への説明と同意
- 医師の指示

↓

- サービス提供 ○ケアマネジメント連絡用紙

終 了 時

↓

- 情報提供 ・ サービス担当者会議等：関連スタッフ＋居宅ケアマネジャー＋サービス担当者
（居宅サービス事業所）

5. 支援体制

（1）サービス項目

送迎 利用者の希望に応じて提供する。 担当職員が送迎車を使用して、利用者宅と施設間の送迎を実施する。
入浴 利用者の希望に応じて提供する。 身体の保清を図り衛生面での気分爽快感、リラクゼーションの手段、身体チェックの場として利用する。
食事の提供 利用者の希望に応じて提供する。 主菜・副菜は真空調理食材を厨房にてリヒートシステム（再加熱方式）により提供する。 主食・汁等は（管理）栄養士が献立し、調理員が調理する。 おやつに関しては、担当職員が計画し準備する。 行事食等で献立に変化をもたせ家庭的な雰囲気の中で食事をして貰う。 おやつ等を作る時は、利用者にも参加して貰い楽しい環境を提供する。
排泄介助 身体機能に応じ、排泄誘導及び介助を行う。
リハビリテーション 利用者の心身の諸機能の評価や住環境把握等を行い、利用者、家族の意志を尊重し、心身機能維持向上や ADL 向上等を目的にリハビリテーション実施計画を作成して、効果的なリハビリテーションの実施する。 介護予防通所リハビリテーションにあっては、選択的サービスとして、口腔機能向上サービスと運動器機能向上サービスを提供する。
医療 利用者の健康チェック及び必要に応じて処置を行う。急変時の対応が速やかに図られるよう体制を整える。

（2）サービスの実施

実施方針 利用者の機能維持及び自立支援が図られ、家庭生活継続を支援する計画を作成し、利用者の状態に応じた方法で、安全、安心を第一に実施する。
計画 居宅介護支援専門員の居宅サービス計画をもとに、利用者、家族のニーズ等を把握して医師理学療法士等、介護支援専門員、看護職員、介護職員、支援相談員により多職種協同でサービス目標、サービス内容、実施期間を定めた通所リハビリテーション計画を作成する。 実施計画については、理学療法士等がADL、関節可動域、筋力等の評価を行う。
実施方法 利用者のその日の状態を見ながら、リハビリテーション実施計画及び通所リハビリテーション計画に沿って実施する。
記録及び評価 定期的に利用者個々の状態を評価し、日々の状態を観察、記録し、居宅支援事業所（介護予防支援事業所）にモニタリング結果を報告する。 医師、事業所介護支援専門員、支援相談員、理学療法士等、看護職員、介護職員、居宅事業所の介護支援専門員でサービス担当者会を開催し、情報交換、（介護予防）通所リハビリテーション計画・リハビリテーション実施計画等の見直しや、サービス方法の統一を図っていく。

(3) 通所リハビリテーション（介護予防）営業日・時間 及び 1日の流れ（別紙）

営業日	月曜日～金曜日（週5日） （国民の祝日及び12月30日から1月3日までを除く）
営業時間	9時30分～15時45分

(4) レクリエーション

利用者の嗜好に沿ったレクリエーションを行い、楽しい雰囲気でも過ごして頂けるように工夫する。

○主な行事予定

実施月	内 容	ボランティア
毎日	集団レクリエーション	
毎月	誕生日会・大正琴	
4月	花見会	
5月	菖蒲湯	
6月	大正琴	無
7月	七夕	
8月		無
9月	敬老会・大正琴	無
10月	秋祭見学	無
11月	西浜芋のお菓子作り・干し柿作り	無
12月	ゆず湯	無
1月	新春お茶会・大正琴	無
2月	節分祭（豆まき）	
3月	雛祭り（飾り付け）	
その他	随時、演芸ボランティアとの交流を行う	

6. 緊急時における対応

通所リハビリテーション提供中に事故、利用者の症状の急変、その他緊急事態が生じた時は速やかに利用者の家族へ連絡をとり、必要に応じて主治医への連絡等必要な措置を講じる。
また、市町村、居宅介護支援事業所等関係機関に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じる。

7. 家族及び地域社会との連携

利用者の精神的安定と通所リハビリテーションの在宅ケア支援機能を強化するため、家族や地域との連携強化し協力体制を確立する。
利用者個々のニーズに沿うサービスが提供するため、利用者及び家族の意向や希望を確認し説明と同意を得て実施する。
利用者や家族の意見要望や苦情を吸上げるため、「意見箱」を設置し、サービス向上に努める。
意見要望や苦情に適切に対応するため、苦情受付窓口には支援相談員を置き、施設長を苦情解決責任者とする。又、第三者委員に依頼して公平で誠意ある対応を講じるよう努める。

8. 情報公表、自己評価、利用者アンケート

介護サービス情報公表システムに掲載し、利用者にサービス内容を理解して貰う。
通所の自己基準による自己評価を実施して、問題解決を図っていく。

○「通所リハビリテーション 1日の流れ」(別紙)

時 間	職 員	通所利用者
8 時 30 分	出勤 朝礼 受け入れ準備	
8 時 40 分	送迎発 (送迎車乗車等介助)	送迎車両乗車
9 時 25 分	送迎着(降車等介助) バイタルチェック実施 水分補給介助 個別リハビリテーション指導 集団リハビリテーション指導 口腔リハ指導	老人保健施設たき着 バイタルチェック 水分補給 談話 個別リハビリテーション 集団リハビリテーション 口腔リハビリ
11 時 30 分	昼食介助・口腔ケア 予薬	昼食 服薬 休養
13 時 00 分	入浴介助 個別リハビリテーション指導 集団リハビリテーション指導 レクリエーション指導 水分補給介助	入浴 個別リハビリテーション 集団リハビリテーション レクリエーション 水分補給 談話
15 時 45 分	送迎発(送迎車乗車等介助) 利用者宅着(降車等介助)	送迎車両乗車 自宅着(送迎車両降車)
16 時 45 分	帰着 片付け 記録 カンファレンス	
17 時 15 分	退勤	